

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

279

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Vincent MARIOTTI

Né le 24 septembre 1907, à Borgo (Corse)

EXTENSION

DE LA

FIÈVRE ONDULANTE
EN CORSE

Président : M. L. TANON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Vincent MARIOTTI

Né le 24 septembre 1907, à Borgo (Corse)

EXTENSION

DE LA

FIÈVRE ONDULANTE

EN CORSE

Président : M. L. TANON Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de filiale affection et de
notre profonde reconnaissance.*

A MES FRÈRES ET SŒUR

A MES ONCLES ET TANTES

A MES COUSINS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'hygiène à la Faculté de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*En reconnaissance pour l'honneur qu'il
nous a fait d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR CHEVRIER

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

EXTENSION

DE LA

FIÈVRE ONDULANTE EN CORSE

Introduction.

Malgré tous les travaux parus sur la fièvre ondulante, nous avons jugé bon d'écrire ce modeste ouvrage pour mettre au point certaines questions ayant trait à l'extension et à la prophylaxie de cette grave maladie.

L'infection à *Brucella* est une question à l'ordre du jour, la plus étudiée à l'heure actuelle dans les milieux scientifiques du monde entier.

La Corse, « Ile de Beauté », dénommée ainsi pour le pittoresque de ses sites, son ciel toujours bleu, la douceur de son climat, devient chaque année un centre touristique de plus en plus fréquenté. Ses villes d'eau, et ses stations climatiques jouissent d'une certaine renommée auprès du « continental » et de l'étranger.

Ceux-ci trouvent un accueil toujours gracieux et les habitants contribuent largement à rendre le séjour agréable aux nombreux visiteurs émerveillés. Ces

beautés sont malheureusement les seules richesses qu'ait prodiguées la Providence.

La stérilité du sol, la disposition sauvage des lieux, l'absence de commerce et d'industrie constituent le point sombre pour l'insulaire, dont la vie s'avère de plus en plus pénible.

L'unique source de revenu réside dans l'élevage. Des statistiques récentes communiquées par la Direction des Services Vétérinaires, mettent l'effectif total de chèvres et de brebis à 180.000 caprins et 230.000 ovins.

L'habitation pauvre, le contact permanent entre humains et bestiaux, l'hygiène rurale presque inexistante, expliquent la rapidité d'extension de brucelloses. Les maisons se composent souvent d'une seule pièce et l'étable où logent les chèvres domestiques fait virtuellement partie du foyer. Fréquemment aussi, dans les habitations à étages, les étables se trouvent au rez-de-chaussée, les membres de la famille juste au-dessus.

A ces facteurs de contamination qui découlent de l'organisation même de la vie, il faut ajouter certaines coutumes ancestrales, telles que les transhumances, qui mettent la dissémination à son comble. Ces troupeaux ambulants, de chèvres ou de brebis, empruntent constamment les mêmes voies de communication, traversent les mêmes régions. Après une journée de marche, les bergers campent avec leurs bêtes près d'un village, ou en plein centre d'une agglomération. Aucune désinfection des emplace-

ments occupés ne suit le départ de ces animaux. Nous rendons responsables pour une large part, les transhumances, de l'extension de la maladie à tout le département.

La réunion des chèvres d'un même hameau, sous la direction d'un berger unique, nous paraît un facteur à ne pas négliger dans la propagation de l'infection.

Afin d'édifier notre travail aussi consciencieusement que possible, avec le maximum de matériaux, nous avons entrepris une petite enquête auprès de quelques praticiens exerçant en Corse depuis de longues années. Certains nous ont fourni des remarques judicieuses et ont répondu à notre appel avec bienveillance ; nous les assurons ici de notre vive gratitude.

Modes de contamination

Avant de commencer l'étude de l'*Extension de la Fièvre ondulante en Corse*, il nous semble indispensable de donner un aperçu des différents modes de contamination de l'infection.

Ainsi que nous le faisons remarquer dans notre introduction, l'élevage des ovins et des caprins dans l'île, tend de plus en plus à s'implanter au détriment de l'agriculture. Ceci s'explique par la grande pauvreté du sol, d'un rapport dérisoire. Ce n'est qu'au prix de travaux pénibles et incessants que l'ouvrier arrive à gagner sa vie. Les machines agricoles modernes utilisées sur une vaste échelle sur le « Continent » et qui rendent des services considérables aux fermiers ne peuvent seconder l'homme dans la culture des champs. Comment de si lourds engins, d'un volume aussi imposant, pourraient-ils être transportés jusqu'à des propriétés auxquelles les gens n'accèdent que par des sentiers très étroits ? Le problème nous semble bien difficile à résoudre à l'heure actuelle. Devant ces difficultés matérielles insurmontables, la Corse préfère abandonner ses propriétés pour ne plus s'occuper que de son troupeau.

En dehors des chèvres et des brebis, les races porcines et bovines comptant respectivement 50.000 et 25.000 unités, peuvent transmettre la mélitococcie, ceci a été prouvé à différentes reprises.

Les animaux de basse-cour semblent échapper à l'infection ; il serait bon, croyons-nous, de se méfier de cette espèce animale, et pratiquer de temps en temps des prélèvements de sang afin d'élucider la question.

La chèvre est parmi tous le plus réceptif, c'est elle qui constitue le principal vecteur du virus, c'est donc d'elle qu'il faudra avant tout se garder.

La contamination se réalise par voie digestive, cutanée et muqueuse.

VOIE DIGESTIVE.

C'est la contamination accidentelle. Elle se produit à la suite d'absorption de lait cru, de fromage frais, de broccio, de légumes ou de fruits crus (fraises) en provenance de jardins fertilisés avec des fumiers infectés, d'eau de puits contaminés par des infiltrations de purin. L'infection consécutive à l'ingestion de lait bourru se rencontre surtout dans les villes ; à la campagne, le berger corse, tout comme le chevrier maltais, ne boit que très rarement le lait de ses bêtes.

L'ouvrier, le berger, se nourrissent surtout de fromages. Dans le rapport de la commission parlementaire d'enquête, paru au *Journal officiel* du 26 septembre 1908, ne lit-on pas la phrase suivante : « La pauvreté est extrême, le pain et le fromage consti-

tuent l'élément essentiel de la nourriture. » Cette assertion renferme une large part de vérité.

La confection du fromage n'offre guère le maximum de garantie d'asepsie. Les bergers le préparent en faisant coaguler du lait à l'aide d'un peu de présure. Ils brassent ensuite avec un bâton ; pour séparer le caillé du petit-lait, ils coulent le tout dans des moules de jonc tressé appelés « fattoje ». Les gens consomment ce fromage après une dizaine de jours.

Le « broccio », fromage blanc, très estimé en Corse, préparé avec du petit-lait bouilli, est en principe inoffensif. Les différentes manipulations par des mains infectées, l'adjonction par la bergère de lait de chèvre cru pouvant provenir d'un animal malade, le rendent particulièrement suspect. Dominici-Urbani et Léger ont été les premiers à mettre en cause ce produit dans la transmission de la mélitococcie à l'homme.

VOIE CUTANÉE ET MUQUEUSE.

La contamination professionnelle apparaît la plus fréquemment observée. Elle intervient à peu près inévitablement chez toute personne vivant en étroite promiscuité avec les chèvres, les brebis ou les vaches malades, aussi bien que chez tout sujet manipulant des produits infectés : vétérinaires, bergers, donnant leurs soins aux animaux infectés lors d'une mise bas laborieuse, fermières procédant à la traite des chèvres ou des brebis, ouvriers agricoles ou jardiniers occupés au nettoyage des bergeries, au transport et à

l'épandage des fumiers, bouchers dépeçant la viande infectée, aides de laboratoire manipulant des cultures de *Brucella* virulentes, ou des prélèvements d'origine humaine ou animale renfermant ces germes.

Cette contamination s'opère surtout chez les bergers qui ne prennent aucune précaution lors de la mulsion ; aucune toilette des mains ne suit la traite ; aussi, si la mamelle est infectée, le virus de la fièvre ondulante pénétrera facilement à travers la peau même intacte (Hudson). Si, *a fortiori*, le berger présente une excoriation, le microbe trouvera une porte d'entrée facile à franchir.

Le Dr Marcou, d'Ajaccio, a bien voulu nous communiquer une auto-observation que nous reproduisons ci-après : « Après une injection intraveineuse », nous dit-il, « du sang d'un malade atteint de fièvre ondulante vint souiller une éraillure de l'index. La maladie débuta 15 jours après, par des frissons tous les soirs, et une température à 38°. Température progressivement croissante le soir avec sueurs, toux. Expectoration sanglante une fois. Extrême ressemblance avec un début de tuberculose pulmonaire. Le 20^e jour, brusquement, apparaît une orchite-épididymite gauche, avec grosse rate, gros foie, douleurs articulaire mobiles.

« Diagnostic clinique évident, suivi d'un Wright positif. Guérison rapide par le vaccin I. O. D. suivie par un formidable clocher à 41°5 avec délire. Guérison totale de l'orchite, sans atrophie ni noyaux cicatriciels comparables à ceux de la gonococcie. Chaque

rechute s'accompagnait d'une recrudescence de la toux avec micropolyadénopathie du cou. »

Au sujet de la contamination par les déjections de bêtes malades, le Dr Zuccarelli nous transmet l'observation d'un préposé de douane, atteint de fièvre à forme intermittente. Comme il effectuait son service sur la côte orientale, on pense au paludisme. L'examen du sang ne montre pas d'hématozoaires mais la présence de *M. mélitensis* (examen pratiqué par le Dr Léger, ancien directeur de l'Institut Pasteur à Dakar). Ce douanier n'avait jamais fait usage de lait, ni de fromage, ni de broccio. Il avait couché dans une étable où se trouvaient des chèvres.

Pendant longtemps, on a pensé que seules les bêtes malades, c'est-à-dire en train d'avorter ou récemment avortées, étaient dangereuses pour l'homme et que, lorsque cet accident avait disparu depuis quelque temps, tout danger était écarté.

Le Dr Dubois a montré la possibilité de constater des cas de contamination des animaux à l'homme à toutes les périodes de l'infection animale et même lorsque celle-ci paraissait avoir cliniquement disparu. Par ailleurs, Dubois et Sollier ont eu l'occasion de constater à diverses reprises des cas de brucellose humaine causés par des brebis, dont la dernière ou les deux dernières mises bas avaient été normales, mais dont l'état d'infection était établi par une intradermo-réaction ou une séro-agglutination de Wright positive.

Il résulte donc de ces faits que les brebis infectées

paraissent également dangereuses pour l'homme à la période où les avortements ont atteint le taux maximum et aussi lorsque ceux-ci ont complètement disparu et parfois depuis longtemps. Ce faits montrent pourquoi la mélitococcie humaine frappe de préférence ceux qui, de par leur profession, sont appelés à vivre en contact non seulement avec des animaux malades, mais encore avec des animaux apparemment sains, mais qui sont porteurs de germes brucelliques pathogènes.

La contamination se fait de la chèvre à l'homme, de l'homme à la chèvre. La contagion peut être interanimale, interhumaine.

1^o De la chèvre à l'homme : par ingestion de lait, de fromages frais, par la manipulation de fumier, de viandes infectées.

2^o De l'homme à la chèvre : la mulsion de l'animal par des mains souillées pourra infecter la mamelle à la faveur d'une crevasse. Par suite de l'absence de cabinets d'aisance, les gens font souvent « leurs besoins » à l'étable, d'où infection des litières.

3^o La contamination interanimale se réalise par le coït, la voie placentaire, par le contact des mamelles sur les litières, par l'ingestion des urines. Les boucs urinent souvent, directement, dans la bouche des chèvres (Brumpt).

4^o La contagion interhumaine, exceptionnelle, se manifeste par voie génitale (Sergent a cité plusieurs cas de contamination à la suite de contacts sexuels),

par la voie placentaire, par l'allaitement, par les produits d'expectoration (le Dr Jullien a rapporté que, chez un malade qui avait eu des hémoptysies, l'examen direct des produits d'expectoration montra une flore de petits coccis. Une inoculation au cobaye détermina l'éclosion d'une infection à *M. melitensis* chez l'animal d'expérience.

Dissémination de la maladie.

Dans nos villages, chaque famille possède une ou deux chèvres. Les ouvriers pris par leurs occupations confient leurs bêtes à un pâtre qui les mène paître sur les terrains incultes de la commune. Ainsi les animaux d'une même bourgade se retrouvent réunis au pâturage journellement. Le berger reçoit comme gratification de son travail une miche de pain par semaine et par chèvre. Ce régime d'organisation communal est un adversaire à ne pas négliger dans la propagation de l'infection. Il faut tenir compte aussi pour l'étude de la contamination des faits suivants :

1^o Les pâturages communaux sont fréquemment avoisinants et permettent aux animaux de différents bourgs d'entrer en contact.

2^o Il existe fréquemment des échanges de bêtes entre hameaux.

3^o Comme tous les propriétaires ne possèdent pas de mâle, un même reproducteur peut passer dans plusieurs troupeaux. Il suffira donc d'une bête infectée pour que la contamination se généralise à

tous les animaux du voisinage, et par la suite à la fermière chargée de la mulsion, à la personne avide de lait cru, au garçon d'étable chargé du transport des déjections.

Ces différents facteurs s'effacent devant l'importance de l'essaimage de l'infection par les troupeaux transhumants.

Fin septembre, les bergers, pour éviter les rigueurs de l'hiver, quittent avec leurs animaux les contrées montagneuses de la Corse (Rotondo, Cinto) pour se rendre dans les régions basses voisines de la mer (Bastia, Balagne, Côte orientale), où ils séjourneront jusqu'au début de mai.

La mise bas commence dès l'automne. Ovins et caprins donnent alors leur maximum de lait, aussi est-ce la période la plus propice à l'élimination du microbe, donc à la propagation de la maladie. — Les beaux jours venus, les troupeaux abandonnent la plaine pour retourner à leur point de départ, sur les plateaux centraux de l'île où ils pourront brouter une herbe fraîche et nourrissante.

Deux fois par an, les bêtes empruntent les mêmes voies de communication, traversent les mêmes localités. A la nuit tombante, les bergers arrêtent leurs troupeaux aux abords d'un village ou même sur la place publique. Inutile de dire qu'il n'est effectué après leur départ aucune désinfection des lieux de stationnement.

« Ces notions essentielles expliquent, dit le D^r Leca, la prédominance de la maladie sur la zone côtière et

par suite font comprendre la facile et commune confusion entre la mélitococcie et les fièvres paludéennes ; les poussées printanières si fréquentes tout le long des deux littoraux n'ont pas d'autre explication. »

Extension de la fièvre ondulante.

Bien qu'existant depuis très longtemps en Corse, la mélitococcie ne put vraiment être individualisée par les vieux praticiens que vers 1910 date des premières communications du D^r Du Bourguet médecin-chef de l'hôpital militaire d'Ajaccio.

Au début, le diagnostic s'avérait très difficile par suite de l'absence de connaissances précises sur la maladie et aussi faute de laboratoires.

Les formes à température intermittente étaient souvent confondues avec le paludisme ; d'autres, débutant par de la bronchite avec toux, expectoration, amaigrissement, asthénie faisaient penser à une tuberculose en évolution. Certains malades, enfin, se plaignaient d'orchite, d'arthralgies, de sciatique. Devant un cortège aussi varié d'aspects cliniques, il est compréhensible que les médecins exerçant en Corse, privés de laboratoires, aient commis fréquemment des erreurs de diagnostic.

L'introduction de la maladie en Corse coïncide vraisemblablement avec l'importation dans l'île de chèvres étrangères en 1890, et en particulier de chèvres venues de Malte. Ces dernières ont la répu-

tation méritée d'excellentes laitières. Elles sont fréquemment infectées, mais n'en souffrent pas de façon appréciable. Bien qu'avortant parfois, elles continuent à donner du lait qui est dangereux, quoique d'aspect tout à fait normal.

Ces bêtes fournissant jusqu'à quatre litres de lait par jour furent importées par des habitants du Cap Corse dans le but d'améliorer la race du pays. — Elles étaient embarquées à Marseille sur des voiliers qui desservaient Centuri sans toucher Bastia. Ce commerce ne dura pas longtemps, le croisement des races n'ayant pas donné les résultats escomptés.

Le Dr Simompietri a assisté en 1892 à une épidémie, non douteuse de mélitococcie, qu'il ne put identifier que lorsque les journaux médicaux signalèrent en France la maladie. Jamais, avant 1892, celui-ci n'aurait soigné d'affections ressemblant à celle qu'il eut l'occasion d'observer chez un certain nombre de ses clients appartenant aux hameaux de Centuri (canton de Rogliano) et de Pino. Lui-même fut atteint par l'infection et ne put se débarrasser du mal, diagnostiqué à cette époque « fièvre tuberculeuse », qu'au bout de cinq mois.

Le Dr Franceschi, exerçant à Rogliano, observa vers 1890 des fièvres intermittentes, « d'allures spéciales, décourageantes par leur ténacité, leur longue durée et le peu d'action sur elles de la quinine ou des autres médicaments essayés ». Ces fièvres indigestibles sévirent certaines années seulement.

Par ailleurs, Hayat dans sa thèse, en 1903, cite le

cas d'un médecin autrichien ayant séjourné en Corse, à Ajaccio, pendant plusieurs mois de l'année 1897, et qui contracta une semaine après sa rentrée à Vienne une affection fébrile bizarre qui dura six mois. Différents diagnostics furent portés successivement.

Le séro-diagnostic avec le *micrococcus mélitensis* se montra fortement positif.

Le Dr Du Bourguet en 1910 écrivait : « La fièvre de Malte n'est point inconnue pour les praticiens qui habituellement ou temporairement exercent en Corse. Il n'y a pas de clinicien local même parmi les moins avertis qui, devant une pyrexie de longue durée évoluant sous forme d'accès rebelles à la quinine, ou de fièvre continue sudorale et à rechutes, ne salue de son véritable nom cette maladie à foyer insulaire et à tendance actuelle transméditerranéenne. Cependant elle ne semble pas avoir trouvé de chroniqueurs. »

En 1904, le professeur Vincent a observé un cas de fièvre ondulante, chez un homme ayant absorbé une grande quantité de lait de chèvre pendant un séjour en Corse de quelques semaines.

A la même époque le hameau de Poggio, de la commune de Ersu, fut visité pour la première fois vraisemblablement par l'infection. Dans une famille cinq personnes furent atteintes presque en même temps. Deux des malades ressentirent des douleurs articulaires vives et, chez l'une d'elles, on pensa à la coxalgie. Cette famille buvait souvent du lait cru des

deux chèvres qu'elle possédait. Un de ces animaux, atteint de mammites, ne tarda pas à succomber.

Au printemps 1909, on observe dans le même village six malades présentant des élévations thermiques journalières avec fortes douleurs articulaires.

En 1910, un cas est signalé par le Dr Thiers à Furiani (près de Bastia).

Le Dr Du Bourguet, dans la même année, publie six observations, dont quatre concernant des militaires de la garnison d'Ajaccio. Les deux autres malades s'étaient infectés l'un à Piana, village situé à 80 kilomètres au Nord d'Ajaccio, l'autre à Bonifacio, à l'extrême pointe méridionale de l'île.

En 1911, un certain nombre de cas de fièvre ondulante sont observés à Pino (Cap Corse).

En 1912, une véritable épidémie éclate dans les cantons de Rogliano, Centuri, Ersu. Les femmes principalement furent atteintes. Le nombre de personnes infectées s'éleva à trente environ. Une enquête entreprise par Léger et Dominici-Urbani montra que le troupeau communal d'Ersu était constitué par des animaux présentant de la mammites, des boteries.

Toujours en 1912, le Dr Zuccarelli, grâce au concours du Dr Léger, délégué de l'Institut Pasteur, venu en Corse pour étudier les manifestations du paludisme, a pu procéder dans le laboratoire de M. Gentil à Bastia à de nombreuses analyses de sang prélevé sur des malades soupçonnés d'être atteints de mélitococcie. A Bastia, 5 cas de fièvre ondulante

furent décelés dans la même famille, au nouveau port. L'éclosion de cette épidémie familiale était due à l'ingestion de lait cru provenant d'un petit troupeau de chèvres, dont la plupart étaient contaminées.

Quelques cas isolés, confirmés par des examens de laboratoire, sont signalés sur la côte orientale, à Casanrozza, à Folelli par le D^r Zuccarelli, à Saint-Pierre de-Venaco par le D^r Carlotti, dans les environs de Corte par le D^r Battesti.

Un des derniers malades, traité par le D^r Carlotti, se serait contaminé dans la plaine orientale à Bravone, où il menait paître son troupeau durant la saison fraîche.

En 1913, au hameau de Granaggiolo (Ersa), on relève quelques mélitococciques, de même qu'à Morsiglia, Luri, Pietra Corbara.

Bartet et Dufressine soignent dans la même année un gardien de prison, pour troubles gastriques, douleurs articulaires et transpirations abondantes. L'analyse de son sang montre une agglutination pour le mélitensis. Après six mois de maladie, le gardien est décédé.

Entre 1914 et 1918, quelques cas sont signalés par le D^r Simoni à Castifao, Moltifao, Ponte Leccia, Castiglione, Prato. Ce praticien nous dit avoir soigné environ 50 malteux depuis 1907. Le D^r Sisco nous communique l'observation d'une dame traitée durant deux mois par un de ses confrères pour parathy-poïde, avec mauvais état général. Un prélèvement

de sang effectué montra de l'agglutination pour le *M. melitensis*.

De 1918 à 1924, le Dr Colombani de Ville di Paraso a donné ses soins à plus de 60 malteux dans la partie haute de la Balagne comprenant les cantons de Muro, Belgodère, Olmi-Capella. Chez la plupart de ses malades, le Dr Colombani a constaté de la constipation, des transpirations abondantes souvent localisées à une région, des arthralgies, des insomnies, des petits frissons précédant les accès fébriles. « Je n'ai pas observé de complications bacillaires, nous dit-il, la vie au grand air, le séjour à la campagne ont contribué certainement à empêcher cette infection secondaire. »

Le Dr Marini de Caleuzana (Balagne) a l'occasion de suivre, au cours de l'année 1922, 7 malades, dont 6 femmes.

En 1926, le Dr Desanti décèle une fièvre ondulante à Corte.

En 1928, le Dr Leca est appelé auprès d'une femme, habitant Partinello (canton d'Evisa). Depuis 4 mois, cette malade traînait une fièvre ayant résisté à la quinine. L'interrogatoire de l'entourage apprend que son mari et ses deux fils avaient présenté durant 2 à 3 mois des poussées thermiques affectant la même allure persistante. Il s'agissait vraisemblablement de malteux. Le même praticien cite le cas de deux malades résidant à Ota. La réaction d'agglutination s'est montrée positive pour le *M. melitensis*.

De 1928 à 1932, de nombreux cas sont signalés un

peu partout, à Ajaccio par le Dr Marcou, à Bastia par le Dr Thiers, à Vescovato par le Dr Giamarchi, à Castifao, San Lorenzo, Lama par le Dr Simoni, à Luri par le Dr Sisco, à Caleuzana par le Dr Marini.

En 1932, le Dr Orsatelli, de Corte, relate le cas d'une femme ayant accouché normalement et qui présenta durant 2 mois environ de la fièvre s'accompagnant de névralgies. Séro-diagnostic positif.

Au cours de la même année, 2 malteux sont soignés à l'hôpital militaire de Bastia. Chez l'un des deux, on observa une congestion pulmonaire suivie de phlébite. Séro-diagnostic positif au 1 %. En mai-juin, le Dr Coulon du Centre anti-paludique a pu déceler par le séro-diagnostic 19 cas de fièvre ondulante dans l'arrondissement d'Ajaccio.

Le Dr Cordoliani évalue à 600 le nombre de malteux observés au cours de l'année 1932 dans toute la Corse. « Ce chiffre, dit-il, paraît peut-être excessif, surtout si l'on jette un coup d'œil sur les statistiques officielles qui en mentionnent un seul cas. La déclaration obligatoire est lettre morte en Corse. »

En 1933, le Dr Marcou nous signale 3 malades dans les environs d'Ajaccio.

Le premier, une jeune fille de 18 ans, après une phase classique de douleur et de fièvre pseudo-typhoïde, fit une quadriplégie avec incontinence des matières, douleurs et anesthésie en plaques. Régresion très lente de la paralysie et guérison totale après 2 ans seulement. Quelques légères déformations dues aux rétractions tendineuses persistent.

Le deuxième a présenté une fièvre ondulante sévère, à allure de méningo-encéphalite hautement fébrile. Mort après 5 semaines.

La troisième observation concerne une femme d'une quarantaine d'années chez laquelle apparut un ictère grave mortel un mois après la cessation d'un traitement à base de gonacrine.

Durant la même année, le Dr Giamarchi s'est occupé de nombreux mélitococciques dans le canton de Vescovato et dans la plaine d'Arena (côte orientale).

Au cours de l'été 1934, éclate une épidémie de mélitococcie et de fièvre typhoïde dans la commune de Speluncato (Balagne). Le Dr Pitti-Ferrandi, inspecteur d'hygiène, a bien voulu nous transmettre les résultats de son enquête.

« Le 18 août, nous dit-il, je suis appelé à Speluncato pour une épidémie fébrile de nature indéterminée. J'apprends que 32 malades sont alités sur une population d'environ 900 habitants. Speluncato est un village de montagne très aggloméré, posé sur un haut piton en belle vue sur la haute vallée du Regino en Balagne. Au bas du piton 3 villages sont en contact étroit avec Speluncato. D'autres villages des cantons de Belgodère et de Muro sont à faible distance. Peu de bétail dans ces communes. Mais, à douze kilomètres, le canton d'Olmi-Capella regorge de troupeaux de chèvres et de brebis.

« A Speluncato même, l'alimentation en eau potable est assurée par une fontaine sur la place centrale avec

un bon captage et une bonne canalisation. Plus loin, dans un ravin très déclive, une source non canalisée donne une eau très fraîche où puise toute la population durant l'été. Malheureusement, on a construit l'an passé, à 40 mètres au-dessus, un lavoir qui dégorge dans le ravin.

« L'épidémie a commencé brusquement le 28 juillet. Ce jour-là, trois jeunes gens dans une famille et deux autres voisins sont tombés malades. Vingt jours auparavant, une jeune femme était arrivée de Toulon convalescente d'une maladie (?) bénigne qui avait duré 8 à 10 jours. On a lavé son linge au lavoir. Le 19 août, je vois 32 malades couchés. Il s'agit d'adolescents ou de jeunes adultes, atteints de fièvre continue, à début brusque, quelquefois avec frissons, sans prostration, sans épistaxis, sans maux de tête, sans signes bronchiques. Quatre ou cinq ont eu de l'angine, deux ont des taches rosées, quelques uns se plaignent de douleurs dans les jambes, sueurs profuses. Trois ou quatre sont déjà convalescents.

« J'écarte le paludisme. Je pense à une para-b. Je fais des prélèvements d'eau. Celle de la fontaine centrale est sans reproche, celle de la source en contre-bas du lavoir contient de nombreux colis.

« Six prélèvements de sang donnent : négatifs à l'hémotozoaire. Eberth : 1 positif, 2 douteux. *M. melitensis* : 2 positifs, 1 douteux. Entre temps un laboratoire privé, pour 3 autres malades, répond : 1 para-b., un *M. melitensis* à 350, un autre à 150. A la fin d'août, deux décès ; l'un par hémorragie intestinale, l'autre

dans une crise d'hyperthermie. Après quoi l'épidémie tourne court. Tous les malades ont guéri.

« A noter qu'il n'y a aucun malade semblable dans les communes voisines, ni à Olmi Capella, canton de bergers. Quelques mélitococciques sont seulement signalés à Lumio, village situé à une quarantaine de kilomètres de Speloncato ».

Dans son laboratoire d'analyses à Bastia, le Dr Cordoliani a totalisé pour 1934, 80 séro-diagnostic positifs au *M. melitensis*.

En 1935, le Dr Colombani, de Ville de Paraso (Balagne), n'a eu à soigner qu'un seul malade de fièvre de Malte, contaminé pendant la période des manœuvres militaires, au mois de juin, dans la région de Saint-Florent (près de Bastia).

Le Dr Da Passano d'Ajaccio nous signale 3 malades à Mezzana. La première observation concerne une fillette de 13 ans, présentant une fièvre ondulante à allure pseudotypique. Guérison au bout de 3 mois par traitement au Quinby.

Le deuxième malade, un jeune homme de 30 ans, présentant une fièvre ambulatoire du type palustre, avec frissons, sueurs abondantes, arthralgies. Guérison au bout de 6 mois.

Le troisième, une vieille femme de 70 ans, atteinte d'une fièvre ondulante sévère, n'a pu échapper à la mort malgré les nombreux médicaments essayés.

Le Dr Casalta dans le canton de Cervione a eu l'occasion de soigner 4 malades dont 3 jeunes gens de 15 à 20 ans et une femme d'une quarantaine d'années.

Tous présentèrent un séro-diagnostic fortement positif au mélitensis.

Au mois d'août 1935, un gendarme de la brigade de notre village natal, Borgo, vient nous consulter pour de l'amaigrissement et de la fièvre continue. Nous nous trouvons en présence d'un malade pâle, tout couvert de sueurs, température à 38°, traits tirés, toux quinteuse. Foie et rate légèrement augmentés de volume. Respiration un peu soufflante, surtout au sommet gauche. Quelques sibilances à la base gauche. Langue saburrale. Arthralgies. Le malade accuse une asthénie complète, de l'inappétence et une perte de poids de 10 kgr. en 2 mois. Devant un tel tableau, nous pensons à une mélitococcie avec manifestations pulmonaires. Nous lui conseillons de se faire hospitaliser. La réaction d'agglutination au *micrococcus melitensis* effectuée se montre positive.

Un rapide interrogatoire nous permit de révéler l'étiologie de l'infection. Le malade, gros mangeur de fromage, buvait fréquemment du lait cru.

A quelques jours de là, nous avons été appelé auprès d'une Sarde âgée d'une quarantaine d'années. L'examen nous montre des signes de bronchite bilatérale, un foie et une rate normaux, toux, expectoration muqueuse, perte totale des forces, constipation opiniâtre. Amaigrissement prononcé. Sueurs surtout fréquentes la nuit. Température à 38°5. Pas de douleurs articulaires. Pas de taches rosées. Au cours de l'interrogatoire, la malade nous apprend qu'une de ses filles, atteinte de fièvre ondulante bactériologique-

ment confirmée, a quitté le village il y a un mois environ pour se rendre en Sardaigne. Notre départ de Borgo nous a empêché de suivre cette malade, atteinte probablement de mélitococcie.

Le Dr Cordoliani nous signale avoir pratiqué dans son laboratoire 84 séro-diagnostic positifs pour le *M. melitensis*.

Il résulte de notre enquête que la maladie, d'abord cantonnée au Nord de la Corse, a diffusé progressivement dans tous les points du département par suite de l'introduction des chèvres maltaises un peu partout. L'essaimage a été favorisé surtout par l'émigration périodique des chèvres et des brebis qui paissent dans la plaine durant l'hiver et remontent vers les plateaux centraux durant l'été.

L'importance du cheptel ovin et caprin, l'hygiène rudimentaire de la population rurale, le contact permanent des gens avec les bêtes ont contribué à rendre la mélitococcie presque aussi fréquente que le paludisme.

L'infection revêt en Corse un caractère saisonnier. Elle présente une certaine recrudescence aux mois de mai, juin, juillet.

Durant la saison chaude, on constate peu d'infections humaines nouvelles, car les troupeaux, aux champs, en liberté, ne vivent plus dans la promiscuité de l'homme.

La maladie marque une prédilection pour les personnes âgées de 15 à 45 ans. Les enfants sont rarement atteints. Les hommes semblent plus fréquem-

ment touchés que les femmes, sans doute parce que, de par leurs occupations, ils sont plus exposés à la contagion.

Le Dr Cordoliani évalue à 600 le nombre de cas observés annuellement en Corse.

Les centres tels que Bastia et Ajaccio sont très éprouvés par le mal. Ceci s'explique par l'absorption de lait et de fromage frais provenant de troupeaux souvent infectés. Les bergères des environs viennent chaque matin vendre leurs produits à la ville.

C'est dans l'arrondissement de Bastia et surtout au Cap Corse que l'on rencontre le plus de malteux.

La maladie existe à l'état endémique dans cette région. Chaque année éclatent de petites épidémies atteignant des familles entières et même tout un hameau. D'après certains médecins, « les chèvres du Cap Corse seraient toutes contaminées et cela depuis très longtemps ».

A Murato, Rutali, Borgo, Ortale, Campitello, on relève chaque année un grand nombre de cas de fièvre ondulante.

Le Dr Giamarchi, qui exerce depuis 15 ans dans les cantons de Vescovato et de Peuta di Casinca, a donné ses soins à une centaine de mélitococciques environ. Depuis 2 ans, le mal décroît sensiblement.

Le Dr Casalta, de Cervione, nous fait observer qu'une certaine recrudescence s'est produite au cours des années 1933-1934.

La région de la Balagne (arrondissement de Calvi), riche en pâturages, reçoit chaque année la visite des

troupeaux transhumants. Elle se place au second rang pour le nombre des malteux signalés.

Le D^r Colombani observa son premier cas en 1909, date à laquelle quelques chèvres malsaines furent introduites dans le pays. La propagation de l'infection ne tarda pas à se produire. Ce praticien a soigné des mélitococciques dans presque toutes les communes de la Balagne : à Muro, Belgodère, Ville-di-Paraso, à Costa, Speloncato, Olmi-Capella, Féliceto-Poggiola.

Dans le canton de Calenzana, le D^r Marini voit chaque année plusieurs malades atteints de fièvre ondulante.

Le D^r Simoni, ignorant tout de la fièvre de Malte en 1907, baptisa son premier cas avec fièvre irrégulière, douleurs articulaires, frissons et sueurs abondantes : typhoïde à rechutes. Depuis son installation à Ponte Leccia, près de Corte, il affirme avoir soigné plus de 200 malteux répartis dans les communes de Morosaglia, Castifao, San Lorenzo, Moltifao, Lama, Prato, Castiglioni.

Les D^{rs} Battesti et Carlotti ont enregistré quelques mélitococciques dans les cantons de Venaco, de Vezzani, de Coste.

Dans l'arrondissement d'Ajaccio, l'infection a été signalée un peu partout. A Mezzana par le D^r Da Passano, à Ajaccio par le D^r Marcou, à Soccia par le D^r Antonini, à Vico, à Ota, à Piana.

Le D^r Marcou, en particulier depuis son arrivée en Corse, a suivi plus de 100 malades atteints de fièvre

ondulante. Ce praticien précise que l'épidémie s'est aggravée depuis 1920, avec un maximum en 1931-1932. « Depuis, nous dit-il, elle décroît sensiblement sans savoir pourquoi car le nombre des brebis avorteuses est encore très grand en Corse. » Dans l'arrondissement de Sartène où les troupeaux sont pourtant conséquents, les médecins n'ont signalé que de très rares cas à Cognocoli, à Petreto-Bicchisano et à Sartène ville. Le bétail ne semble pas contaminé.

La ville de Bonifacio située à l'extrême sud de la Corse est pour ainsi dire indemne. Le Dr Blanchard donne les raisons suivantes pour expliquer l'absence de mélitococcie dans cette région :

1^o « L'aridité et la stérilité complètes d'un sol rocheux ne permet pas l'existence de troupeaux ; il n'y a dans tout le canton que 4 ou 5 bergeries misérables avec quelques vaches et moutons ;

2^o Les bergers vendent leur lait aux fromageries Roquefort ;

3^o La population consomme surtout les produits de la mer. Les gens ne boivent que du lait condensé. »

Devant l'allure inquiétante prise par la maladie, une prophylaxie rigoureuse s'impose. Sans nul doute, notre population campagnarde n'adoptera qu'avec difficultés certains principes d'hygiène indispensables pour enrayer le mal. Le médecin, mieux que tout autre, devra faire ressortir l'importance des mesures de désinfection des excréta et des linges des malades,

de la propreté des mains, de la surveillance des apports alimentaires. Il est permis d'espérer que la vaccination préventive chez l'homme, sera acceptée par nos braves bergers, afin qu'une barrière infranchissable se dresse devant l'infection animale.

Prophylaxie.

L'étude de la prophylaxie constitue un chapitre particulièrement important. Au premier abord, la fièvre ondulante semble être le modèle même de la maladie dont le dépistage et la prophylaxie sont aisés. Pourtant, si le diagnostic est relativement facile chez l'homme, il n'en est pas de même chez l'animal atteint. La chèvre ne présente souvent aucun trouble bien qu'étant infectée. Les mammites, les boiteries pourront toutefois attirer l'attention des bergers et des vétérinaires ; ces deux signes s'effacent devant l'importance des avortements répétés.

Nous ne nous occuperons que des deux principaux vecteurs de virus : la chèvre et la brebis. Les bovins, les porcins, les chevaux, les volailles ne jouent, en Corse, qu'un rôle minime dans la transmission de la maladie.

Contre la contamination accidentelle, due à l'ingestion des produits infectés (lait, fromages frais, broccio), il suffira pour éviter le mal de ne les consommer qu'après avoir fait disparaître leur inocuité. Dans les villes, l'ébullition du lait apparaît comme une mesure souvent suffisante. La surveillance est

plus difficile vis-à-vis des fromages frais et des légumes consommés crus, causes possibles de contamination. Les laits destinés à la fromagerie seront pasteurisés, les eaux potables surveillées (le mode de contagion hydrique semble très important en Corse).

La contamination dite professionnelle, due aux contacts de l'homme avec les animaux infectés, ou leurs produits, ne peut être évitée, mieux vaut-il l'avouer. Toute l'hygiène rurale serait à réformer, sinon à instaurer dans certains endroits. Comment espérer obtenir d'un berger vivant constamment à la campagne, loin de toute habitation humaine, couchant fréquemment au milieu de ses bêtes, l'observation de certains principes d'hygiène indispensables pour arriver à un résultat satisfaisant ? Comment un individu peu fortuné pourrait-il transformer son habitation en l'assainissant, en isolant l'étable de tout contact avec le logis familial ? C'est un problème qui nous semble bien difficile à résoudre. Les gens devraient pratiquer le lavage des mains après la mulsion, après la manipulation des fromages frais et des litières, après la délivrance d'animaux malades qui avortent. Pratiquement il est impossible d'obtenir l'exécution de telles mesures.

Certains auteurs ont même conseillé le port de gants en caoutchouc dans les exploitations contaminées. « L'idée de faire porter, aux bergers, des gants, à l'instar de chirurgiens, est du dernier comique » nous dit le D^r Dubois, directeur des Services vétérinaires du Gard. A ce propos, ce praticien a bien

voulu nous communiquer l'histoire amusante suivante : « J'ai vu un brave homme de berger, expérimenté et à l'esprit ouvert, chargé de soigner un petit troupeau de brebis infectées expérimentalement par une souche de *Br. melitensis* virulente. Par prudence, il avait été vacciné préventivement contre la fièvre ondulante et de multiples recommandations lui avaient été faites, parmi lesquelles le port des gants. Or un jour, ce brave homme avait imaginé de prendre lui-même les températures des animaux, opération qui regardait une autre personne. Voici ce que l'on pu constater : après avoir retiré le thermomètre du rectum, pour mieux lire la température, il l'essuya — ce qui était indiqué — mais avec son mouchoir qu'il remit dans sa poche, et dont il se servit peu après, devant nous, pour se moucher. »

Contre la contagion interhumaine, on recommandera l'isolement du malade, la désinfection des urines (avec de l'eau de Javel) des crachoirs (Un méliococcique crache environ une fois sur trois cas), des linges, mouchoirs, draps ayant servi au malade. On ne rejettera pas les urines ou les selles dans les cours d'eau avoisinants.

On prendra vis-à-vis de la mère infectée, allaitant son enfant, les soins habituels, car elle peut transmettre avec le lait les bacilles.

Il faudra autant que possible se préserver des mouches qui transportent avec leurs pattes le microbe dangereux sur les aliments.

On désinfectera la chambre du malade après gué-

risson. Le bacille pouvant exister à différentes époques dans la circulation générale, on aura soin de prendre certaines précautions lors de prises de sang.

Le praticien de campagne, homme généralement avisé et jouissant de l'estime de toute la population, essayera d'inculquer certaines notions élémentaires d'hygiène à ceux que leur profession oblige à vivre en perpétuelle communauté avec les animaux. Il dépistera les cas de fièvre ondulante à la faveur de visites journalières. Il sera tenu de déclarer la maladie au Service d'hygiène du département, qui pratiquera la désinfection des locaux. Malheureusement le médecin n'exécute le règlement que très rarement, et ceci croyons-nous pour les raisons suivantes : La population rurale est absolument rétive devant les mesures administratives à allures vexatoires et d'autre part la déclaration d'une brucellose entraînerait des abatages, de bestiaux ce qui mécontenterait les éleveurs, qui reporteraient toute leur indignation sur la personne du médecin, cause première de ces désordres. Les intéressés préfèrent souvent cacher la maladie humaine et les avortements du bétail.

Sitôt qu'un cas de fièvre ondulante est diagnostiqué, le praticien devrait pouvoir évacuer son malade sur un centre de traitement. La création d'un tel hôpital serait particulièrement souhaitable en Corse, où le nombre de mélitococciques atteint chaque année un chiffre très élevé. « Les soins que recevraient ces malades amèneraient une régression rapide de la maladie, ce qui leur permettrait de

reprendre leurs occupations normales dans un bref délai, au lieu de végéter pendant plusieurs mois dans l'inaction et la détresse » (Lisbonne). On assurerait ainsi le traitement correct des affectés, qui, la plupart à cause des difficultés topographiques et péculiaires, ne peuvent être régulièrement visités à domicile. Ce Centre fonctionnerait aussi comme centre de dépistage des brucelloses. A propos de chaque malade hospitalisé, il serait fait une enquête sur les modes possibles de contamination, sur la santé des personnes qui cohabitent avec le malade, sur la présence ou l'absence de fièvre ondulante dans son village et sur la fréquence des avortements du bétail (1). L'installation d'un hôpital semblable n'exigerait pas des frais très élevés. En Corse, où sévit la fièvre ondulante, le nombre des individus touchés par le mal, atteints de séquelles interminables est très grand et représente en capital travail une perte élevée. Si ces sujets peuvent être assez rapidement rendus à leurs occupations normales, les journées d'hospitalisation ne représentent pas une charge, mais un indiscutable bénéfice.

Dans les milieux ruraux, la fièvre de Malte étant considérée comme « la maladie incurable par excellence », l'évacuation des malades vers un hôpital spécialisé constituerait une preuve irréfutable que l'on guérit les brucelloses humaines.

1. Nous devons tous ces renseignements sur le fonctionnement du Centre de traitement à l'amabilité du Dr Julien de Joyeuse. Nous lui exprimons notre vive gratitude.

Dans la lutte contre les brucelloses animales, le médecin et le vétérinaire vivront en liaison constante. Les cas de fièvre ondulante décelés chez l'homme seront signalés au vétérinaire qui examinera le bétail des sujets malades ainsi que les troupeaux avoisinants. Les cas d'avortement épizootique étant notés, le vétérinaire pratiquera certaines épreuves de laboratoire et en particulier le séro-diagnostic de Wright.

L'abatage n'est pas à envisager dans un pays comme le nôtre, très infecté, à moins que l'éleveur ne perçoive une indemnisation en conséquence. Nous considérons, d'ailleurs, ce moyen inopérant, car d'autres espèces animales (bœufs, ânes, mulets, porcs) peuvent transmettre l'infection.

La désinfection des étables, favorisée sous la forme d'une distribution gratuite, périodique, de désinfectants, est une excellente chose.

Les transhumances devraient être réglementées. Les campements aux abords des villages seront formellement interdits.

La séquestration ne nous semble pas admissible étant donnée l'étendue de l'infection parmi les troupeaux de toute la moitié supérieure de l'île. On pourrait toutefois user de ce moyen sur les chèvres domestiques isolées.

Devant la carence des principes d'hygiène, l'énorme développement du cheptel ovin et caprin, l'extension sans cesse croissante de la mélitococcie il ne reste plus qu'une mesure à tenter pour essayer de préser-

ver l'homme contre l'infection animale : la vaccination préventive.

Actuellement son efficacité n'est plus contestée, et son application devrait se généraliser aux bergers, aux laitiers, aux garçons de ferme qui nettoient les étables, aux bouchers, aux vétérinaires qui se trouvent constamment en contact avec le bétail.

La prudence la plus élémentaire commandera la vaccination des médecins qui manipulent les cultures de brucella, ainsi que des aides de laboratoire.

L'efficacité de la vaccination a été démontrée expérimentalement par Nicolle et Conseil en 1920, et par Burnet en 1925. Ce dernier pratiqua 3 injections à 7 jours d'intervalle à 3 aides de son laboratoire. Tous restèrent indemnes ; un autre non-vacciné contracta l'infection. Parmi la population israélite d'un quartier de Tunis, se nourrissant exclusivement de lait et de fromage, 400 vaccinés échappèrent à la mélitococcie (une seule injection) ; chez les non-vaccinés on vit 300 atteintes.

Avant d'injecter la dose efficace, il faudra se rendre compte si le sujet n'est pas infecté, tout en ne présentant aucun signe de fièvre ondulante car les réactions chez les contaminés peuvent être violentes. On pratiquera donc une intradermo-réaction de Burnet dont le résultat déterminera la conduite à tenir.

Les D^{rs} Sollier et Dubois ont étudié un vaccin polyvalent contenant trois souches de *Br. melitensis* (humain, ovin, caprin) et deux souches de *Br. abortus* (bovin et porcin). Cette vaccination est la seule auto-

risée par l'Académie de Médecine et les pouvoirs publics. Les injections se pratiquent sous la peau à doses successives, à 8 jours d'intervalle de $1/4$ cmc. $3/4$ cmc. et 1 cmc. Le vaccin est bien supporté et ne suscite généralement aucune poussée thermique.

De 1929 à 1935, le nombre de personnes vaccinées s'élève à 2.200, réparties dans 22 départements. 130 médecins ont effectué ces vaccinations; aucun cas de contamination ne s'est produit chez les personnes vaccinées. Par contre, parmi les gens exposés aux mêmes risques de contagion un nombre élevé de cas de fièvre ondulante a été observé.

L'immunité ne s'établit que trois ou quatre semaines après la dernière injection, la durée de cette immunité s'élève à quatre ou cinq ans, mais il y a lieu de croire, ainsi que le disent Dubois et Sollier, « qu'elle sera plus durable surtout pour les personnes vivant en milieu infecté qui de ce fait renforcent leur immunité par suite des contacts successifs et inévitables avec les *Brucella* ».

La vaccination buccale, conseillée par Lisbonne, beaucoup moins efficace, mais qui ne donne pas de réactions générales, sera réservée aux sujets qui présentent des contre-indications aux injections de vaccin, tels que les individus suspects de tuberculose en évolution, les cardiaques, les paludéens, les anciens mélitococciques. Les doses employées seront plus fortes que dans l'injection sous-cutanée. On utilisera des vaccins contenant environ 1 milliard de microbes

par cmc., alors que par la voie sous-cutanée on emploie des cultures à 100 millions par cmc.

Des expériences collectives ont été effectuées dans l'Aude et l'Ardèche. Les résultats obtenus se montrent très satisfaisants. Pourquoi n'imiterions-nous pas, nos voisins méridionaux ? C'est au praticien de nos campagnes, qu'incombera la lourde tâche d'inculquer aux paysans les heureux effets de la mesure prise à leur égard. Ce n'est qu'au prix d'efforts sérieux et répétés que le médecin arrivera à implanter ce moyen de prophylaxie aussi efficace qu'inoffensif.

De nombreuses expériences ont été entreprises en vue d'obtenir un vaccin efficace pour l'immunisation des animaux, principalement des chèvres et des brebis contre la fièvre ondulante, Vincent et Colignon, par l'emploi d'autolysats provenant de cultures sur gélose, ont cru réussir. Nicolle, puis Burnet contestèrent par la suite les résultats de ces auteurs.

L'avortement étant le seul signe clinique de la brucellose chez la brebis, un vaccin ne pourra être considéré comme actif contre cette maladie que s'il est capable, d'abord d'empêcher cet accident de se produire, c'est-à-dire s'il est antiabortif. C'est sur ce critérium que s'est basé le D^r Dubois pour l'expérimentation de son nouveau vaccin. Celui-ci se compose d'huile de vaseline 94 %, lanoline 5 %, poudre de lycopode 1 %. On incorpore à 1 cmc. de ce mélange la dose pour un animal de *Br. abortus* porcins, sensibilisés, avirulents. Les résultats obtenus sont tout en faveur de l'efficacité du vaccin contre l'infection bru-

cellique expérimentale. Par ailleurs, des études en cours entreprises par le D^r Dubois renseigneront sur la valeur préventive de ce vaccin gras à l'égard de l'infection brucellique naturelle.

La contamination provenant généralement de l'animal, une mise au point définitive de cette méthode d'immunisation du bétail contribuera à la disparition complète du mal. Nous souhaitons que ce genre de recherches aboutisse dans un avenir très prochain, à des résultats satisfaisants afin qu'une partie de la phrase prononcée par Nicolle : « La chèvre paraît à la fois à peu près indifférente à l'infection et réfractaire à l'immunisation », reste dans l'oubli.

Conclusions.

1. En Corse, où l'élevage, principale source de revenu, prend une extension considérable, où les principes d'hygiène sont presque inexistants parmi la population campagnarde, les brucelloses sévissent avec une intensité inquiétante.

2. La maladie a été reconnue en Corse vers 1890.

3. Les troupeaux transhumants contribuent pour une large part à l'essaimage de l'infection.

4. Le Nord de l'île est surtout contaminé (Cap Corse, Rutali, Ortale, Borgo, Murato, Cardo, Pero, Vescovato, San Nicolao).

5. La région de la Balagne (arrondissement de Calvi) paie un lourd tribut à la maladie.

6. L'arrondissement de Sartene, pourtant riche en bétail semble en grande partie indemne :

7. Les Centres, tels que Bastia-Ajaccio, sont très éprouvés par la *Mélitococcie*.

8. Le nombre des malteux dans l'île s'élève à 600 environ.

9. L'infection revêt un caractère saisonnier, on observe une certaine recrudescence aux mois de mai-juin.

10. Des cas isolés coexistent à côté de poussées épidémiques véritables. Des épidémies familiales s'observent fréquemment.

11. La contamination se fait par la consommation des fromages, du lait, du broccio et par le contact permanent de l'homme avec l'animal.

12. La contagion hydrique est un facteur à ne pas négliger.

13. Les principaux moyens à mettre en œuvre pour lutter contre l'infection se résument dans l'ébullition du lait, dans la fabrication du fromage avec du lait pasteurisé, dans les soins d'hygiène consécutifs aux contacts avec les animaux, dans le refus du droit de circulation pour les troupeaux reconnus malades et surtout dans la vaccination préventive de l'homme vivant en étroite promiscuité avec le bétail, à l'aide du vaccin de Dubois et Sollier.

14. L'Institution d'un Centre de traitement fonctionnant en même temps comme centre de dépistage nous semble particulièrement souhaitable en Corse.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Aublant, Dubois, Lisbonne.* — La recrudescence de la fièvre ondulante dans le midi de la France (*Revue d'hygiène*, déc. 1924).
- Bartel-Dufressine.* — Cas mortel de F. O. à Ajaccio (*Soc. patho. exot.*, 12 nov. 1913).
- Brumpt.* — Discussion sur la fièvre de Malte en Corse (*Soc. de Path. exotique*, 14 déc. 1910).
- Burnet.* — Etiologie de la F. O. (1^{er} Congrès International d'hygiène méditerranéenne, 1932).
- Calmette.* — Prophylaxie (*La Clinique*, 1911).
- Cambassédès.* — Contribution à l'épidémiologie de la F. O. (*Annales publiques d'hygiène industrielle et sociale*, février 1932).
- Cambassédès et Garnier.* — Traitement pratique de la F. de Malte (*La Médecine*, déc. 1929).
- Cambassédès et Layanni.* — Endoprotéinothérapie et F. O. (1^{er} Congrès International d'Hyg. Médit., sept. 1932).
- Cambassédès.* — Traitement de la F. O. (*Librairie Baillière*, 1935).
- Cordoliani.* — Quelques considérations sur la F. O. en Corse
Thèse Paris, 1933.
- Aperçu sur la F. O. en Corse (*Le Mouvement Sanitaire*, février 1935).
- Aperçu sur l'état actuel de la F. O. en Corse (XXI^e Congrès d'Hyg., 22-24 octobre 1934).

Coulon. — 19 cas de F. O. décelés par le séro-diagnostic au Centre antipaludique d'Ajaccio en mai-juin 1932 (Comm. au 1^{er} Congrès Int. d'Hyg., Marseille, sept. 1932).

Dubois et Sollier. — Premiers résultats de la vaccination préventive de l'homme contre la F. O. (Annales Institut Pasteur, nov. 1930).

— La vaccination préventive contre la F. O. à l'aide d'un vaccin polyvalent (Comm. au 1^{er} Congrès Intern. d'Hygiène, sept. 1932).

Dubois. — Essai de vaccination préventive contre la brucellose ovine (Soc. de Biologie, 20 juillet 1935).

Du Bourguet. — La F. O. en Corse (Soc. Path. exot., 14 déc 1910).

Julien. — Le dépistage des Brucelloses humaines (Monde médical, 15 mai 1933).

— Le problème des brucelloses (Concours médical, 21 et 28 févr. 1932).

Julien et Pérès. — Comment éteindre un foyer de F. O. (L'Avenir médical, 1933).

Leca. — Considérations sur la F. O. en Corse. Thèse de Paris, 1929.

Léger, Dominici, Urbani. — Foyer de mélitococcie en Corse (Bull. de la Soc. de Path. exotique, 1912).

— Extension de la Mélitococcie en Corse (Bull. de la Soc. de Path. exot., 10 déc. 1913).

Lisbonne. — La F. O. (Mouv. sanitaire, juin 1932).

Lisbonne et Carrère. — Etiologie de la F. O. (Journal médical français, mai 1929).

Marini. — Etude étiologique, clinique, thérapeutique de la F. de Malte en Corse. Thèse Montpellier, 1924.

Nicolle et Corseil. — Vacc. prévent. de la F. O. (Presse médicale, 17 nov. 1920).

Ramon. — F. de Malte (Presse méd., 19 mars 1932).

Ranque et Senex. — La Mérit. en Provence de 1929 à 1932
(Comm. Congrès Int. d'Hyg. médit).

Sautet. — Quelques remarques sur la F. O. en Corse (Bulletin
Soc. path. exotique, 1932).

Sée. — Les Brucelloses (La Médecine, août 1932).

Sequinaud et Léger. — Cinq cas de F. de Malte à Bastia (Bull.
de Soc. de Méd. milit. française, 1913).

Tanon. — La Méritococcie (Monde médical, mars 1930 et mars
1932).

Taylor et Hazemann. — Recherches épidémiologiques en cours
sur la F. O. en France (Rev. d'hyg., juillet 1932).

Violle. — La F. O. Masson, édit., 1931.

— De la prophylaxie de la F. O. chez l'homme.

Zuccarelli. — La F. de Malte en Corse (Bull. Académie de Méd.,
1921).
